

SOLICITA: Activación de la Cobertura de Desgravamen por:

SEÑOR CORONEL PNP GERENTE GENERAL DEL FONDO DE VIVIENDA POLICIAL - FOVIPOL

Yo,.....
(Grado)... ..PNP, en situación de ACTIVIDAD / RETIRO / DERECHOHABIENTE,
identificado con CIP N°, DNI N°....., con domicilio en
....., Distrito de.....,
Provincia de....., Departamento de
....., Teléfono Celular N°... .., teléfono
de referencia N°....., ante Usted, con el debido respeto me
presento y expongo:

[illegible]

Autorizo expresamente que la respuesta a la solicitud, observación o cualquiera relacionada a la misma, se me notifique al siguiente correo electrónico:

[illegible]

Conforme al numeral 20.1.2. del Art. 20 del T.U.O. de la Ley N° 27444.

POR LO EXPUESTO:

A Usted, Señor Coronel PNP, agradeceré acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Rímac, de de 20.....

FIRMA : _____

POST FIRMA:

IMPRESIÓN DACTILAR
(Índice derecho)

Adjunto los siguientes documentos:

-
-
-
-